

Möller-Nehring, Elke; Moach, Anja; Castell, Rolf; Weigel, Achim; Meyer, Martin  
**Zum Bedingungsgefüge der Störung des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen einer Inanspruchnahmepopulation**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 47 (1998) 1, S. 36-47*



Quellenangabe/ Reference:

Möller-Nehring, Elke; Moach, Anja; Castell, Rolf; Weigel, Achim; Meyer, Martin: Zum Bedingungsgefüge der Störung des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen einer Inanspruchnahmepopulation - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 47 (1998) 1, S. 36-47 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-14609 - DOI: 10.25656/01:1460

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-14609>

<https://doi.org/10.25656/01:1460>

in Kooperation mit / in cooperation with:

**Vandenhoeck & Ruprecht** 

<http://www.v-r.de>

**Nutzungsbedingungen**

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.  
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

**Terms of use**

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.  
This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

**Kontakt / Contact:**

peDOCS  
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation  
Informationszentrum (IZ) Bildung  
E-Mail: [pedocs@dipf.de](mailto:pedocs@dipf.de)  
Internet: [www.pedocs.de](http://www.pedocs.de)

Digitalisiert

Ergebnisse aus  
Psychoanalyse, Psychologie  
und Familientherapie

Herausgegeben von  
Manfred Cierpka  
Gunther Klosinski  
Ulrike Lehmkuhl  
Inge Seiffge-Krenke  
Friedrich Specht  
Annette Streeck-Fischer

# Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

---

W. J. Doherty, S. H. McDaniel und J. Hepworth  
Medizinische Familientherapie bei Kindern  
mit chronischer Krankheit

B. A. van der Kolk  
Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata

E. Möller-Nehring, A. Moach, R. Castell,  
A. Weigel und M. Meyer  
Zum Bedingungsgefüge der Störung  
des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen einer  
Inanspruchnahmepopulation

## Zum Bedingungsgefüge der Störung des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen einer Inanspruchnahmepopulation

Elke Möller-Nehring, Anja Moach, Rolf Castell, Achim Weigel und Martin Meyer

### Summary

#### Conditions of Conduct Disorder in a Clinic-referred Sample

The patients referred to our center from 1989 to 6/1994 ( $n=1076$ ) were divided into three groups: "conduct disorder" ( $n=235$ ), "none psychiatric diagnosis" ( $n=324$ ) and "other psychiatric diagnosis" ( $n=517$ ). These groups were compared with regard to frequency, age, sex, the frequency of specific developmental disorders, the IQ, and the frequency of abnormal psychosocial circumstances. Additionally the religiosity of the families and the televising of the children were investigated. Abnormal psychosocial circumstances and enlarged televising of the children were significantly associated with conduct disorders.

### Zusammenfassung

Von den Patienten der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Erlangen-Nürnberg, die in den Jahren von 1989 bis 6/1994 ambulant oder stationär diagnostiziert oder behandelt wurden ( $n=1076$ ), werden Patienten mit Störung des Sozialverhaltens ( $n=235$ ) mit den Patienten ohne psychiatrische Diagnose ( $n=324$ ) sowie mit den Patienten mit anderen psychiatrischen Diagnosen verglichen. Es interessierten hierbei Häufigkeiten, Altersverteilung, Geschlechterverhältnis, die Häufigkeit umschriebener Entwicklungsverzögerungen, das Intelligenzniveau sowie die Häufigkeit abnormer psychosozialer Umstände der drei Vergleichsgruppen. Als zusätzliche Parameter wurden die Religiosität der Familien sowie der Fernsehkonsum der Kinder untersucht. Signifikante Überhöhungen bei Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens ergaben sich in den Bereichen abnorme psychosoziale Umstände sowie vermehrter Fernsehkonsum der Kinder.

## 1 Einleitung

Die Diagnose „Störung des Sozialverhaltens“ (SSV) beinhaltet eine sehr heterogene Gruppe von Störungsmustern. So liegt nach der Definition der ICD-10 (DILLING et al. 1991), der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, ein sich wiederholendes und überdauerndes Muster antisozialen, aggressiven oder aufsässigen Verhaltens vor. Auffallend sind ein extremes Maß an Streiten oder Tyrannisieren, Grausamkeiten gegenüber anderen oder Tieren. Die betreffenden Kinder oder Jugendlichen stehlen oder lügen häufig, zerstören fremdes Eigentum oder legen Feuer. Schuleschwänzen und Weglaufen von Zuhause, Wutausbrüche oder Ungehorsam kennzeichnen dieses Krankheitsbild. Die Störung zeigt jedoch altersabhängig einen unterschiedlichen Ausprägungsgrad. So kommt Delinquenz in der Regel erst bei Jugendlichen vor.

Der Oberbegriff SSV umfaßt nach der ICD 10 verschiedene Diagnosen: So muß unterschieden werden, ob sich das auffällige Verhalten auf den familiären Rahmen beschränkt, ob eine Einbindung in noch vorhandene soziale Beziehungen besteht oder nicht oder ob eine Form mit aufsässigem, oppositionellem Verhalten über das Normale hinaus besteht. Außerdem können Kombinationen mit hyperkinetischen Symptomen und emotionalen Störungen vorkommen (Tab. 1). Auf die diagnostischen Schwierigkeiten bei der Unterscheidung der einzelnen Unterformen haben LOEBER et al. (1991) hingewiesen.

Tab. 1: Diagnosen unter dem Oberbegriff Störung des Sozialverhaltens

ICD 10	
F 91.0	auf den familiären Rahmen beschränkte SSV
F 91.1	SSV bei fehlenden sozialen Bindungen
F 91.2	SSV bei vorhandenen sozialen Bindungen
F 91.3	SSV mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten
F 91.8	andere
F 91.9	nicht näher bezeichnete SSV
F 90.1	hyperkinetische SSV
F 92.0-F 92.8	kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen

Die Aggressivität ist eines der stabilsten Verhaltensmerkmale im Kindesalter, besonders, wenn sie mit Schulversagen vergesellschaftet ist. Wie Verlaufsuntersuchungen zeigen, haben psychische Störungen des Kindesalters *allgemein* eine Stabilität über zehn Jahre von rund 25%, d.h., daß ein Viertel aller Kinder eine Störung mit ins Erwachsenenalter nimmt. Bei dissozialen Störungen liegt diese Quote jedoch bei 50% (ESSER et al. 1992; SCHMIDT u. DRÖMANN 1986). Das Risiko, andere psychiatrische Auffälligkeiten zu entwickeln, ist ebenfalls erhöht (ROBIN u. PRICE 1991).

In der vorliegenden Arbeit soll anhand einer Inanspruchnahmepopulation im Querschnitt untersucht werden, inwieweit sich Kinder und Jugendliche mit einer SSV hinsichtlich bestimmter Parameter von anderen Kindern unterscheiden. Insbesondere sol-

len folgende Hypothesen an dieser Inanspruchnahmepopulation überprüft werden: (1) Kinder mit SSV werden immer jünger, wie sensationell aufgemachte Presseberichte von gewalttätigen acht- bis neunjährigen nahelegen; (2) broken-home-Familien bzw. Familien mit anderen Belastungsfaktoren stellen ein erhöhtes Risiko dar (FRICK et al. 1992; LAHEY et al. 1995) – dabei soll eine genauere Analyse der Belastungen erfolgen; (3) Kinder mit gestörtem Sozialverhalten sehen mehr fern als andere (GLOGAUER 1991; SELG 1982); (4) spezifische Entwicklungsverzögerungen und Intelligenzminderung begünstigen die Entstehung von SSV (REMSCHMIDT et al. 1990); (5) bei weniger religiös gebundenen Kindern und Jugendlichen ist abweichendes Verhalten im Sinne der SSV häufiger, ähnlich wie HUNDLEBY (1987) für Drogenkonsum und ALVAREZ et al. (1987) dies für frühadoleszente Schwangerschaften ermittelten.

## 2 Erhebungsinstrumente

Bei allen ambulanten und stationären Patienten der Jahre 1989 bis Juni 1994 wurden zur Diagnostik entsprechend den Achsen I und V nach MAS ausführliche Elterninterviews, eine Exploration des Patienten sowie, soweit möglich, Befragungen der Lehrer und anderer Bezugspersonen durchgeführt. Auf die Bedeutung speziell der Lehrerinterviews sowie der Kombination von Eltern-, Lehrer- und Kindinterviews für die Diagnostik haben HART et al. (1994) hingewiesen. Zur Beurteilung der Achsen II, III und IV wurde eine ausführliche Diagnostik mit Hilfe einer standardisierten Testbatterie (je nach Alter HAWIK-R bzw. HAWIE-R, CPM bzw. SPM oder FBIT, KTK, PTK bzw. KP, Biglmaier-Lesetestserie, DRT bzw. RST je nach Schulstufe, evtl. PET oder LSVT) und eine internistisch-neurologische Untersuchung angewandt. Bis 31.12.1989 wurde zur Codierung der MAS-Diagnosen die ICD 9 verwendet, danach die ICD 10. Dokumentiert wurden die Angaben in einer Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche, der die Fassung des Zentrums für Psychiatrie – Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Frankfurt zugrundeliegt. Diese wurde mit Hilfe von Statistikprogrammen (Logistische Regression, Chi<sup>2</sup>- bzw. Mehrfeldertest) ausgewertet.

Aus allen Patienten des genannten Zeitraums, die die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Erlangen-Nürnberg zur Diagnostik oder Therapie ambulant oder stationär aufgesucht haben (n=1076), wurden drei Vergleichsgruppen gebildet: Patienten mit der Diagnose „Störung des Sozialverhaltens (SSV)“ (gesamte Erfassung der Diagnosen nach ICD 9:312.x, 314.2 sowie ICD 10:F 91.x, F 90.1, F 92.x; für eine weitergehende Unterteilung von SSV waren die Fallzahlen bei 314.2, F 90.1 und F 92.x zu gering), Patienten „ohne psychiatrische Diagnose“ und Patienten mit „anderen psychiatrischen Diagnosen“. Ausgewertet wurden die Häufigkeiten der Vergleichsgruppen, die jeweilige Altersverteilung, das Geschlechterverhältnis, die Häufigkeit umschriebener Entwicklungsverzögerungen, das Intelligenzniveau, die Häufigkeit abnormer psychosozialer Umstände sowie Religiosität der Familien und Fernsehkonsum der Kinder (nach Anzahl der täglichen Stunden). In der Auswertung wird „Religiosität“ wie in Tabelle 2 dargestellt definiert.

Die Items „IQ“, „abnorme psychosoziale Umstände“, „Religiosität“ und „Fernsehkonsum“ wurden als Kovariaten einer logistischen Regression unterzogen, wobei hierbei als abhängige Variable die Gruppe der SSV gegen beide Vergleichsgruppen (zusammengefaßt) getestet wurde. Ausgeschlossen bei den Berechnungen waren jeweils die Patienten ohne hinreichende Angaben bei einem Item (missing data).

Tab. 2: Definitionskriterien des Items „Religiosität“

	Beten	täglich	1x/Woche	seltener	nie
Gottesdienst					
1x/Woche	2	2	1	1	
1x/Monat	2	1	1	1	
seltener	1	1	1	0	
nie	1	1	0	0	

2: religiös engagiert; 1: mäßig religiös engagiert; 0: nicht religiös engagiert.

### 3 Ergebnisse

**Häufigkeit:** Der Anteil der Patienten mit SSV an der gesamten Inanspruchnahmepopulation ( $n=1076$ ) im gesamten Untersuchungszeitraum beträgt 21,8% ( $n=235$ ). Dieser Prozentsatz bleibt über die Jahre hinweg nahezu konstant. Keine Diagnose auf der 1. Achse erhielten 30,1% ( $n=324$ ). Dies sind vorwiegend Patienten, die zur Abklärung von Teilleistungsschwächen vorgestellt wurden oder deren Symptomatik eher gering war, so daß keine psychiatrische Diagnose gestellt wurde. Andere psychiatrische Diagnosen wurden bei 48,1% der Patienten gestellt ( $n=517$ ). Betrachtet man aus dem Gesamtkollektiv nur die Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose ( $n=752$ ), so steigt der Anteil der Patienten mit SSV in den Jahren von 1989 bis 6/1994 von 23,2% auf 46,2% an (Abb.1).

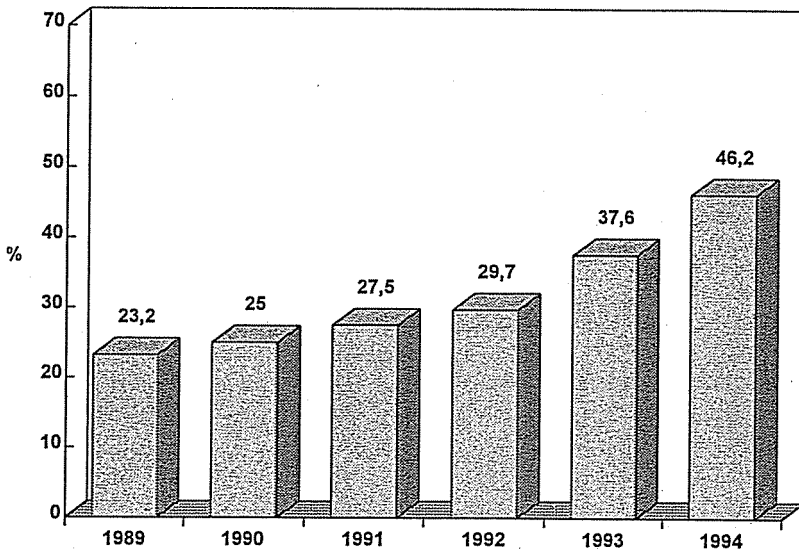


Abb. 1: Anteil der SSV an der Gesamtzahl psychiatrischer Diagnosen ( $n=752$ )

**Geschlechterverhältnis:** In der gesamten Inanspruchnahmepopulation haben 25,1% ( $n=167$ ) der Jungen und 16,5% ( $n=68$ ) der Mädchen eine SSV. Keine Diagnose gestellt wurde bei 32,2% ( $n=214$ ) der Jungen versus 26,7% ( $n=110$ ) der Mädchen, andere psychiatrische Diagnosen bei 42,7% ( $n=284$ ) versus 56,7% ( $n=233$ ) (Abb.2). Umgekehrt betrachtet sind 71,1% der Kinder und Jugendlichen mit einer SSV männlich und 28,9% weiblich. Im Vergleich dazu beträgt das Geschlechterverhältnis bei Patienten „ohne psychiatrische Diagnose“ 66,0% versus 34,0% und bei „anderen Diagnosen“ 54,9% versus 45,1%.

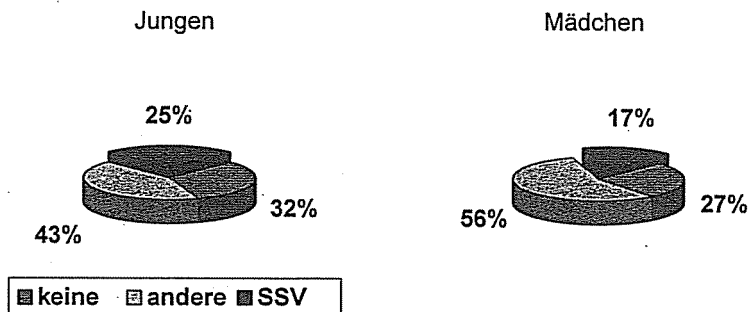


Abb. 2: Anteil an Diagnosen bei Jungen und bei Mädchen ( $n=1076$ )

**Altersverteilung:** Der Altersdurchschnitt der Patienten mit SSV bleibt über die Jahre hinweg nahezu konstant bei ca. 11;4 Jahren. Die Streubreite wird jedoch größer, 1994 sind etwas häufiger auch Kinder unter sieben Jahren vorgestellt worden. Der Altersdurchschnitt der Patienten ohne psychiatrische Diagnose beträgt 9;5 Jahre (Überhöhung im Bereich der Grundschul Kinder), bei Patienten mit anderen Diagnosen 11;7 Jahre.

**Spezifische Entwicklungsverzögerungen (Achse II):** Auf spezifische Entwicklungsverzögerungen hin wurden 987 Patienten (91,7%) untersucht. In der Gruppe SSV ( $n=217$ ) erhielten 27,2% ( $n=59$ ) nach ICD 9- bzw. ICD 10-Forschungskriterien eine Diagnose; in der Gruppe ohne psychiatrische Diagnose waren es 35,0% ( $n=109$ ) und in der Gruppe anderer Diagnosen 20,9% ( $n=96$ ). Diese Ergebnisse bedeuten eine signifikante Überhöhung bei der Gruppe ohne psychiatrische Diagnose, was darauf zurückzuführen ist, daß die Abklärung von Teilleistungsschwächen bei diesen Patienten häufig der Vorstellungsgrund ist. Der zwischen den anderen beiden Gruppen festgestellte Unterschied ist statistisch nicht signifikant (s. Abb. 3). Bei Betrachtung der einzelnen Teilleistungsbereiche kommen bei SSV lediglich signifikant häufiger umschriebene Störungen im Bereich der Motorik vor (10,6% vs. 6,7% in der Gruppe „andere Diagnosen“;  $p=0.01$ ) (s. Abb. 3).

**Intelligenzniveau (Achse III):** Bei den untersuchten Kindern und Jugendlichen ( $n=969$ , 90,1%) ist die Rate von unterdurchschnittlichen Intelligenzleistungen ( $IQ < 85$ ) höher als in der Allgemeinbevölkerung. Zwischen den Vergleichsgruppen ergaben sich jedoch keine statistisch signifikanten Unterschiede (log. Reg.;  $p=0.2979$ ): Bei SSV wiesen 26,4% ( $n=56$ ), bei „keine Diagnose“ 22,1% ( $n=69$ ) und bei „andere

Diagnose“ 18,7% (n=83) einen IQ unter 85 in den oben beschriebenen Testverfahren auf.

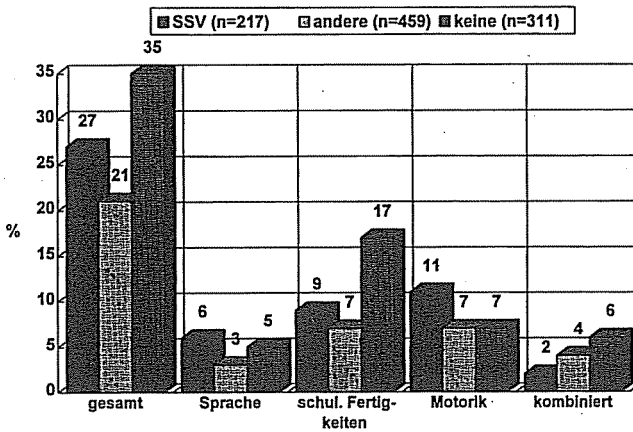


Abb. 3: Spezifische Entwicklungsverzögerungen (Achse II) (n=987)

**Abnorme psychosoziale Umstände (Achse V):** Die Belastung mit abnormen psychosozialen Lebensumständen<sup>1</sup> im letzten halben Jahr vor dem ambulanten oder stationären Kontakt wurde in drei Schweregrade eingeteilt: (1) Kinder und Jugendliche, die keinerlei derartige Belastung aufweisen, (2) diejenigen mit einem belastenden Item und (3) diejenigen mit zwei oder mehr belastenden Items. Unter „belastende Items“ wurden nur diejenigen gefaßt, die sicher zutreffen. Unter den Patienten mit SSV gehören lediglich 25,5% (n=60 von 235) zur ersten Kategorie, 30,2% (n=71) zur zweiten und 44,3% (n=104) zur dritten. Damit liegen bei dieser Patientengruppe sowohl hochsignifikant häufiger mindestens ein (log. Reg.;  $p < 0.00005$ ) als auch zwei belastende Items (log. Reg.;  $p < 0.00005$ ) vor im Vergleich zu den beiden Vergleichsgruppen: Bei Patienten ohne Diagnose finden sich in der ersten Kategorie 56,6% (n=183 von 324), in der zweiten 31,5% (n=102) und in der dritten 12,0% (n=39). Bei den Patienten mit anderen Diagnosen weisen 48,7% (n=252 von 517) kein belastendes Item auf, 26,7% (n=138) eines und 24,6% (n=127) zwei oder mehr.

Bei der Analyse der einzelnen Items fallen insbesondere signifikante Überhöhungen in der Gruppe SSV auf bei: „abweichende Elternsituation“ ( $\chi^2 = 47,5$ ;  $p = 0.0001$ ), „psychische Störungen eines Elternteils“ ( $\chi^2 = 12,6$ ;  $p = 0.001$ ) und „Disharmonie zwischen Erwachsenen“ ( $\chi^2 = 4,2$ ;  $p = 0.05$ ). Die auffällig erhöhte Rate bei „unzureichende elterliche Aufsicht und Führung“ läßt sich wohl zum Teil aus dem Verhalten des jeweiligen Jugendlichen ableiten, auch wenn dieses Item definitionsgemäß *unabhängig* vom Verhalten des Kindes sein sollte. Es wurde aus diesem Grund nicht für die Berechnung herangezogen (s. Tab. 3).

<sup>1</sup> Klassifikation nach ICD 10. Herr Prof. Poustka stellte 1991 freundlicherweise das Glossar des WHO-Dokuments, Genf 1988, rev. Fassung Nov. 1989, Prof. Poustka, zur Verfügung.



Tab. 3: Abnorme psychosoziale Umstände (Achse V) – häufig vorkommende Items (Mehrfachnennungen möglich)

	1.0	1.1	1.2	2.0	4.1	5.1	6.0
keine (n=324)	0%	8%	0,3%	5%	3%	27%	5%
SSV (n=235)	6%	13%*	4%	22%*	16%	40%*	7%
andere (n=517)	4%	10%	2%	12%	3%	24%	9%

- 1.0 Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung  
 1.1 Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen  
 1.2 Feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisung  
 2.0 Psychische Störung eines Elternteils (z.B. Alkoholismus)  
 4.1 Unzureichende elterliche Aufsicht und Führung  
 5.1 Abweichende Elternsituation  
 6.0 Verlust einer Liebes- oder engen Beziehung

*Religiosität:* Dieses Item wurde nicht von Anfang an konsequent exploriert, so daß bei einem gewissen Prozentsatz das religiöse Engagement unbekannt ist. Betrachtet man den Anteil der befragten Familien, wobei anzunehmen ist, daß die Verteilung bei den Nichtbefragten statistisch nicht abweicht, so sind in der Gruppe der SSV die Familien mit 54,7% (n=105 von 192) nach Chi<sup>2</sup>-Tests hochsignifikant häufiger nicht religiös engagiert als die der Gruppen „keine Diagnose“ mit 33,2% (n=95 von 286) und „andere Diagnose“ mit 38,2% (n=146 von 382) (Chi<sup>2</sup>=28,7; p=0.00007). In der logistischen Regression jedoch findet sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang mehr (p=0.1456), so daß auch nicht der Rückschluß möglich ist, daß geringes religiöses Engagement eine SSV bedingen könnte. Zu diskutieren wäre, ob bezüglich der Religiosität zu den Items „psychosoziale Umstände“ und/oder „Fernsehkonsument“ intervenierende Zusammenhänge bestehen (s. Tab. 4).

Tab. 4: Religiosität in der Familie (n=860)

	SSV	keine Diagnose	andere Diagnose
religiös engagiert	9%	15%	19%
mäßig religiös engagiert	17%	23%	21%
nicht religiös engagiert	55%	33%	38%
Engagement unbekannt	20%	28%	22%

*Fernsehkonsument:* Bei der Betrachtung des Fernsehkonsums der Kinder und Jugendlichen (nach Angaben der Eltern) wurde zum einen nach Anzahl der Stunden und zum anderen nach Alter differenziert. Dabei ergeben sich hochsignifikante Unterschiede in der Dauer des Fernsehkonsums zwischen den Vergleichsgruppen. Die durchschnittliche Fernsehdauer beträgt bei SSV 3,4 h pro Tag, bei der Gruppe „keine Diagnose“ 1,8 h/Tag

und bei der Gruppe „andere Diagnose“ 2,2 h/Tag Mehr als 2h/Tag sehen in der Gruppe SSV 67% fern, in der Gruppe „keine Diagnosen“ 18% und in der Gruppe „andere Diagnosen“ 33% (hochsignifikant, log. Reg.;  $p < 0.00005$ ). Bei der altersverteilten Aufschlüsselung ergeben sich ebenso klare Unterschiede, der Häufigkeitsgipfel verschiebt sich bei der SSV hin zu immer längerem Fernsehkonsum (s. Abb.4).

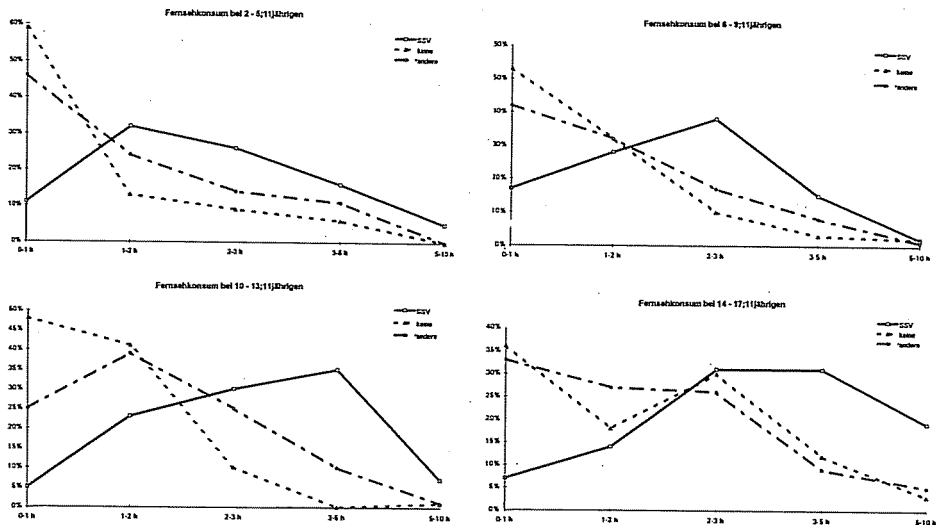


Abb. 4: Fernsehkonsum nach Alters- und Diagnosegruppen

Bei den Angaben muß davon ausgegangen werden, daß die Stundenanzahl in Wirklichkeit höher liegt, da es vielen Eltern unangenehm ist zuzugeben, wie lange ihr Kind fernsieht, oder sie aufgrund eigener Berufstätigkeit bzw. weil das Kind einen eigenen Fernsehapparat im Zimmer hat, nur einen Bruchteil der Zeitdauer kennen.

#### 4 Diskussion

Bei der vorliegenden Arbeit sollten mögliche Bedingungsfaktoren für eine Störung des Sozialverhaltens analysiert und Kovarianzen untersucht werden, ohne daraus Kausalketten ableiten zu wollen. Es ist dabei selbstverständlich, daß sich diejenigen Kinder und Familien, die eine psychiatrische Institution in Anspruch nehmen, u.U. deutlich unterscheiden von denjenigen, die mit den gleichen Problemen dies nicht tun (PEARSON et al. 1994).

In unausgelesenen Stichproben von Schulkindern und Jugendlichen liegt die Häufigkeit dissozialer Störungsmuster nach Daten aus den 80er Jahren unter 10% (je nach Alter zwischen 1,8 und 8,4%, vgl. ESSER et al. 1992). In der hier untersuchten gesamten Inanspruchnahmepopulation lag der Anteil mit rund 22% deutlich höher. Bei der Betrachtung der Patienten mit einer Diagnose auf der 1. Achse zeigte sich mit dem Anstieg des Anteils von 23,2% in 1989 auf 46,2% in 1994 eine noch stärkere Überhöhung als in epidemiologischen Untersuchungen. Dieser Befund kann verschiedene Ursachen haben. Unter anderem ist die Abteilung, die seit 1988 besteht und seit April

1989 auch stationäre Patienten betreut, in der Bevölkerung, bei Eltern, Lehrern und Ärzten bekannter geworden, so daß sie bei den auffälligen Kindern mit extravertierten Verhaltensstörungen rascher und häufiger in Anspruch genommen wird. Jedoch wird die Institution auch von Kindern mit anderen Störungen vermehrt in Anspruch genommen. Um eine wirkliche Zunahme des Störungsbildes SSV verifizieren zu können, wären neue epidemiologische Studien in der Allgemeinbevölkerung nötig. REMSCHMIDT et al. (1990) stellten im Rahmen der Arbeit für die Gewaltkommission der Bundesregierung folgende Risikofaktoren für die Neigung zu aggressivem Verhalten zusammen:

- männliches Geschlecht,
- Jugendliche, Heranwachsende und junge Erwachsene,
- Kinder aus sozial randständigen Familien,
- arbeitslose und minderbegabte Jugendliche ohne Schulabschluß,
- Teilleistungsschwächen und neurophysiologische Auffälligkeiten,
- Einfluß der Massenmedien,
- Kinder, die frühzeitig dissoziales Verhalten zeigen,
- hyperkinetische Kinder,
- Einfluß von Alkohol und Drogen,
- negative Gruppeneinflüsse.

Von diesen Faktoren konnten einige auch in dem hier untersuchten Kollektiv gefunden werden. Im Geschlechterverhältnis überwiegen eindeutig männliche Patienten, was allerdings in geringerem Ausmaß auch für die Vergleichsgruppen gilt.

Der Altersdurchschnitt bleibt über die Jahre hin konstant, wobei eine Tendenz hin zu größerer Streubreite besteht. Somit kann in der hier untersuchten Population kein eindeutiger Trend zu immer jüngeren Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens festgestellt werden.

Umschriebene Entwicklungsrückstände können den Hintergrund für aggressives und dissoziales Verhalten bilden (REMSCHMIDT et al. 1990). In der Allgemeinbevölkerung wird von einer Häufigkeit aller spezifischen Lernstörungen von 7 bis 10% ausgegangen (SCHMIDT u. DRÖMANN 1986). Die Prävalenz von 27% bei der hier untersuchten Stichprobe deckt sich mit Angaben aus der Literatur (SCHMIDT u. DRÖMANN 1986), wobei kein signifikanter Unterschied zu den Vergleichsgruppen besteht.

Die Effekte der Variablen „IQ“, „abnorme psychosoziale Umstände“, „Religiosität“ und „Fernsehkonsument“ wurden mittels logistischer Regression untersucht, wobei sich lediglich für „abnorme psychosoziale Umstände“ und „Fernsehkonsument“ statistisch signifikante Zusammenhänge zu dem Störungsbild SSV zeigen ließen.

Die niedrigere Intelligenzleistung als Risikofaktor (HOLLÄNDER u. HEBBORN-BRASS 1989) findet sich bei 26,4% der Patienten mit SSV, was sich mit den Daten einer Inanspruchnahmepopulation von SCHMID und MARCUS deckt: 26,5% der fünf bis 16jährigen mit SSV weisen dort einen IQ unter 85 auf (in CASTELL 1993). Es besteht im hier untersuchten Kollektiv jedoch keine signifikante Überhöhung im Vergleich zu den Kontrollgruppen.

Statistisch hochsignifikant auffällig sind die psychosozialen Belastungsfaktoren der Kinder mit SSV. Herangezogen für die Auswertung wurden nur die im letzten halben Jahr vor der Aufnahme/Vorstellung relevanten Belastungen. Der hohe Anteil von 74,5% der Kinder, die mindestens einen, und von 44,3%, die mindestens zwei belastende Lebensumstände aufweisen, legt nahe, daß dieser Bereich genauer untersucht werden muß. Besonders betroffen sind Bereiche, die zu einem Familienklima führen können, in dem das Kind/der Jugendliche nicht den emotionalen Halt findet, den es/er zu einer ungestörten Entwicklung und zum Reifen einer prosozialen Persönlichkeit braucht („abweichende Elternsituation“, „psychische Störung eines Elternteils“ und „Disharmonie zwischen Erwachsenen“). Dieser Befund ist sicherlich sehr bedeutsam und deckt sich mit der Literatur (SCHLEIFFER 1993; SCHLEIFFER et al. 1993; LOEBER et al. 1995). Nach PEARSON stellt die intakte Familie einen protektiven Faktor gegen aggressives Verhalten dar, der in niedrigeren Einkommensschichten allerdings nicht mehr so deutlich wird (PEARSON et al. 1994). Niedriger sozioökonomischer Status, elterliche Suchterkrankungen (und oppositionelles Verhalten in früher Kindheit) stellen nach LOEBER et al. (1995) Prädiktoren für die spätere Entwicklung einer SSV dar. In Übereinstimmung mit der Literatur stellen also auch bei der hier untersuchten Population Familien mit Belastungsfaktoren ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer SSV bei den Kindern dar.

Der religiöse Bereich stellt nach MERZ (1986) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein häufig vernachlässigtes Thema dar. Zusammenhänge zwischen Religiosität bzw. religiösem Engagement und abweichendem Verhalten (z.B. Drogenkonsum, Sexualität und Schwangerschaft bzw. Vaterschaft in der frühen Adoleszenz) wurden in verschiedenen Studien untersucht. In mehreren Untersuchungen zeigten sich vermehrt abweichende Verhaltensweisen bei religiös weniger gebundenen Jugendlichen (ALVAREZ et al. 1987; HUNDLEBY 1987; ROTHERAM-BORUS 1989), in anderen Studien ließ sich kein Zusammenhang ermitteln (HENDRICKS et al. 1984; LOWNEY 1984). KLOSINSKI (1996) beschreibt Religion als Chance und/oder Risiko: Kann einerseits eine strengreligiöse, moralisierende Erziehung eine pathogene Wirkung entfalten mit dem Risiko der Entwicklung einer Anorexie, Zwangserkrankung und Depression, so können andererseits selbstwertstützende Elemente der religiösen Überzeugung eine lebensbegleitende Identitätshilfe darstellen.

In der hier untersuchten Population zeigt sich von der Tendenz her, daß in Familien mit Kindern mit SSV Religiosität eine geringere Rolle spielt. Man kann jedoch nicht statistisch abgesichert sagen, daß dies einen bedingenden Faktor darstellt. Ob stärkeres religiöses Engagement bezüglich der Entwicklung einer SSV eine protektive Wirkung hat, muß hier offen bleiben.

Interessant sind die Befunde im Bereich des Fernsehkonsums, die zeigen, daß Kinder mit SSV bereits in jungen Jahren mehr als die Vergleichsgruppen fernsehen und im Laufe der Jahre das auch immer länger tun. Daraus lassen sich zwar keine Kausalzusammenhänge ableiten, auch stellt sich die Frage, ob sich der erhöhte Fernsehkonsum der Kinder mit SSV nicht durch die unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung erklären läßt. Zieht man jedoch andere Untersuchungen heran, wie die Nürnberger-Schüler-Studie 1994 zu Gewalt an Schulen (FUNK 1995), lassen sich doch Zusammen-

hänge vermuten. Nach der genannten Studie ist die Gewaltbilligung, die Gewaltbereitschaft und die Gewalttätigkeit umso höher, je höher der Actionfilmkonsum der Schüler ist. Außerdem läßt sich nach dieser Untersuchung eine negative Korrelation zwischen der sozialen Bindung an die Eltern und dem Horrorfilmkonsum der Schüler feststellen, was auch für das hier vorgestellte Datenmaterial wichtige Schlußfolgerungen zuläßt, da gerade bei den Kindern mit SSV häufiger als in den Vergleichsgruppen eine negative soziale Bindung an die Eltern besteht.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß sich als mögliche Bedingungsfaktoren für die Störung des Sozialverhaltens in der untersuchten Population die Variablen „Geschlecht“, „abnorme psychosoziale Umstände“ und „Fernsehkonsument“ ermitteln ließen. Der „IQ“, „umschriebene Entwicklungsverzögerungen“ und „Religiosität“ zeigen keinen signifikanten Zusammenhang mit einer SSV. Für Häufigkeits- und Altersangaben zu Störungen des Sozialverhaltens wären neue epidemiologische Studien erforderlich.

## Literatur

- ALVAREZ, M.L./BURROWS, R./ZVAIGHAT, A./MUZO, S. (1987): Sociocultural characteristics of pregnant and non-pregnant adolescents of low socioeconomic status: a comparative study. *Adolescence* 22(85), 149-56.
- CASTELL, R. (Hrsg.) (1993): Lernbehinderung. Rimpar.
- DILLING, H./MONBOUS, W./SCHMIDT, M.K. (Hrsg.) (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD 10. Bern.
- ESSER, G./SCHMIDT, M.H./BLANZ, B./FÄTKENHEUER, B./FRITZ, A./KOPPE, T./LAUCHT, M./RENSCH, B./ROTHENBERGER, W. (1992): Prävalenz und Verlauf psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 20, 232-242.
- FRICK, P.J./LAHEY, B.B./LOEBER, R./STOUTHAMER-LOEBER, M./CHRIST, M.A./HANSON, K. (1992): Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: parental psychopathology and maternal parenting. *Journal of Consult. Clinical Psychology* 60(1), 49-55.
- FUNK, W. (1995): Gewalt an Schulen: Ergebnisse aus dem Nürnberger Schüler Survey. In: LAMNEK, S. (Hrsg.): Jugend und Gewalt. Devianz und Kriminalität in Ost und West. Eichstätt.
- GLOGAUER, W. (1991): Kriminalisierung von Kindern und Jugendlichen durch Medien: Wirkungen gewalttätiger, sexueller, pornographischer und satanischer Darstellungen. Baden-Baden.
- HART, E.L./LAHEY, B.B./LOEBER, R./HANSON, K.S. (1994): Criterion validity of informants in the diagnosis of disruptive behavior disorders in children: a preliminary study. *Journal of Consult. Clinical Psychology* 62(2), 410-414.
- HENDRICKS, L.E./ROBINSON-BROWN, D.P./GARY, L.E. (1984): Religiosity and unmarried black adolescent fatherhood. *Adolescence* 19(74), 417-424.
- HOLLÄNDER, A./HEBBORN-BRASS, U. (1989): Beziehungen zwischen Intelligenz und Pathogenese unterschiedlicher psychischer Störungen im Kindesalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 17, 63-69.
- HUNDLEBY, J.D. (1987): Adolescent drug use in a behavioral matrix: a confirmation and comparison of the sexes. *Addict-Behav.* 12(2), 103-112.
- KLOSINSKI, G. (1996): Religion in der Psychiatrie. Versuch einer Annäherung an eine vernachlässigte Dimension aus der Sicht eines Kinder- und Jugendpsychiaters. *Fundamenta Psychiatrica* 10, 9-23.
- LAHEY, B.B./LOEBER, R./HART, E.L./FRICK, P.J./APPGATE, B./ZHANG, Q./GREEN, S.M./RUSSO, M.F. (1995): Four-year longitudinal study of conduct disorder in boys: patterns and predictors of persistence. *Journal of Abnormal Psychology* 104(1), 83-93.
- LOEBER, R./GREEN, S.M./KEENAN, K./LAHEY, B.B. (1995): Which boys will fare worse? Early predictors of the onset of conduct disorder in a six-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34(4), 499-509.

- LOEBER, R./LAHEY, B.B./THOMAS, C. (1991): Diagnostic conundrum of oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 100(3), 379-390.
- LOWNEY, J. (1984): Correspondence between attitudes and drinking and drug behavior: subculture over time. *Adolescence* 19(76), 875-92.
- MERZ, M. (1986): Der religiöse Bereich in der Kinderpsychiatrie. Ein tabuisiertes Thema? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 14, 319-327.
- PEARSON, L./IALONGO, N.S./HUNTER, A.G./KELLAM, S.G. (1994): Family Structure and Aggressive Behavior in a Population of Urban Elementary School Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 33, 540-548.
- REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M.H./STRUNK, P. (1990): Ursachen und Prävention von Gewalt. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 18, 99-106.
- ROBIN, L.N./PRICE, R.K. (1991): Adult disorders predicted by childhood conduct problems: results from the NIMH Epidemiologic Catchment Area project. *Psychiatry* 54(2), 116-132.
- ROTHERAM-BORUS, M.J. (1989). Ethnic differences in adolescents' identity status and associated behavior problems. *J. Adolesc.* 12(4), 361-374.
- SCHLEIFFER, R./FASSBENDER, P. (1993): Zur Komorbidität von Drogenmißbrauch und Dissozialität. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 21, 233-241.
- SCHLEIFFER, R. (1993): Dissoziale Störungen bei adoptierten Jugendlichen – eine klinisch-empirische Studie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 21, 115-122.
- SCHMIDT, M./DRÖMANN, S. (1986): *Langzeitverlauf kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen*. Stuttgart.
- SELG, H. (Hrsg.) (1982): *Zur Aggression verdammt? Ein Überblick über die Psychologie der Aggression*. Stuttgart.

Anschrift der Verfasser/innen: Dr. Elke Möller-Nehring, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Erlangen-Nürnberg, Schwabachanlage 6 und 10, 91054 Erlangen.